

FAX送付先:042-484-0524

※11月18日午前10時より前に届いたものは破棄させていただきます。

フリガナ 受診者氏名	性 別 男・女	年齢 歳
分会番号 群番号 — —	組合員番号 組合員氏名 本人・()	

事業所一括送付は下に記入 (HPに一括申込用紙を掲載していますのでご活用ください)

事業所名	電話
送り先 〒 —	

料金支払について ○を付けてください	個人支払	当日	会社支払	後日	
--------------------	------	----	------	----	--

検 診 項 目	土建国保 加入者(1回目)	組合のみ 加入者	75歳以上	受診 項目
般 診 一 検	身体測定、血圧測定、視力・聴力検査、採血	無料	500	2回目500 全員
	尿検査、胸部レントゲン、心電図検査	2回目500	2回目8,920	

①大腸がん(便潜血検査2回)	0(40歳以上)	1,500	
②胃がん血液検査(ペプシノーゲン検査)		5,500	
③肺がん(喀痰検査)		3,600	
④前立腺がん(血液検査)	500(50歳以上)	1,570	
⑤塵肺		2,090	
⑥子宮がん(血液検査)		3,300	
⑦石綿肺		3,100	
⑧有機溶剤【トルエン・キシレン】		各3,100	
⑨特定化学物質(溶接ヒューム)		4,400	

合計料金 円 受診する検査項目に○をしてください。↑

メモ欄	受付	
-----	----	--